**Организация оказания психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях**

В основе организации оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС) лежат следующие принципы.

**Системность** –выстраивание службы психолого-психиатрической помощи на основании учета переменных, существенно влияющих на эффективность оказания специализированной помощи.

**Многоуровневость** – осуществление необходимых мероприятий учреждениями (федерального, регионального, местного), не только в эпицентре ЧС, но и в специализированных тыловых учреждениях.

**Принцип единоначалия** – служба психолого-психиатрической помощи. Функционирующие в эпицентре ЧС и за ее пределами психиатрические модули, объединенные в службу психолого-психиатрической помощи, осуществляет свою деятельность как структура (учреждения линейного подчинения), основанная на принципе единоначалия. Принцип единоначалия исключает одновременное поступление противоречивых приказов (распоряжений), что крайне затрудняет работу при дефиците времени.

**Дифференцированность** – в зависимости от особенностей ЧС разворачиваются различные модули («горячая линия», психосоматическое отделение, кабинет психолого-психиатрической помощи, выездная бригада психолого-психиатрической помощи).

**Доступность** – необходимые модули располагаются в поликлиниках, больницах, на станции скорой медицинской помощи и работают круглосуточно. Важным посылом доступности оказания помощи является возможность ее получения в любое время (работа учреждений в круглосуточном режиме), безвозмездно и анонимно (по желанию обратившегося).

**Этапность** – как известно, ЧС представляет собой хаос, имеющий свои внутренние закономерности развития. Психолого-психиатрическая служба, осуществляет мониторинг и оказывает необходимую помощь, исходя из этапов развития ЧС.

**Последовательность –** последовательность оказания специализированной помощи проявляется в двух видах:

1.Часть пострадавших, которым оказывается психолого-психиатрическая помощь в эпицентре ЧС, нуждается в последовательном продолжении оказания им помощи в специализированных психиатрических (психоневрологических) санаторно-курортных учреждениях.

2.Последовательность оказания помощи также подразумевает постепенную передачу (после разрешения ЧС) оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим местным органам здравоохранения

**Комплексность.** ЧС подразделяются на следующие виды:

**локальная** - пострадали не менее 10 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности не более 100 человек, либо материальный ущерб составляет не более 1 тыс. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ее не выходит за пределы территории объекта производственного или социального назначения;

**местная** - пострадали свыше 10, но не более 50 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 100, но не более 300 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 1 тыс., но не более 5 тыс. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения и зона ее не выходит за пределы населенного пункта, города, района;

**территориальная** - пострадали свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 300, но не более 500 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 тыс., но не более 0,5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ее не выходит за пределы субъекта Российской Федерации;

**региональная** - пострадали свыше 50, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 500, но не более 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 0,5 млн., но не более 5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ЧС охватывает территорию двух субъектов Российской Федерации;

**федеральная** - пострадали свыше 500, либо нарушены условия жизнеде­ятельности свыше 1000 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 млн. минимальных размеров оплаты труда на день возникновения ЧС и зона ЧС выходит за пределы более чем двух субъектов Рос­сийской Федерации;

**трансграничная** - поражающие факторы выходят за пределы Российской Федерации, либо ЧС, которая произошла за рубежом, затрагивает территорию Российской Федерации.

**К мероприятиям федерального уровня относится:**

1. Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, которые участвуют в оказании помощи в эпицентре ЧС, как самостоятельно, так и в составе медицинских или иных подразделений немедленного реагирования.
2. Разработка критериев экспертной оценки психических расстройств, возникающих во время ЧС.

**Мероприятия регионального уровня:**

1. Составление плана мероприятий, направленных на оказание помощи в ЧС, возникновение которых вероятно в данном регионе.

2. Формирование постоянно действующей общественной группы (штаба) психолого-психиатрической помощи.

3. Организация циклов повышения квалификации для врачей-психиатров, психотерапевтов, интернистов и психологов, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи.

**Организация работы на местном уровне** возлагается на главного врача или его заместителя. В функции которых входит план оказания помощи в ЧС, в котором необходимо осветить следующие вопросы: 1. Учреждения с повышенным риском возникновения ЧС, находящиеся в регионе обслуживания; 2. Вероятное количество первичных и вторичных жертв при предполагаемой ЧС.

Помимо этого ответственное лицо по оказанию психолого-психиатрической помощи в ЧС должно предварительно определить группу психиатров и психологов, которые будут оказывать специализированную помощь.

Необходимо также иметь план взаимодействия группы психолого-психиатрической помощи с врачами других специальностей и другими специалистами, оказывающими помощь; определить, какими силами будет оказываться амбулаторная психолого-психиатрическая помощь в очаге ЧС; обозначить, какими учреждениями будет оказываться специализированная помощь и какими путями будут доставляться пострадавшие в стационар. Необходимо предварительно провести «временные» расчеты, которые позволят определить, через какое время пострадавшему будет оказана та или иная специализированная помощь.

Определить перечень необходимых лекарств (количество).

Выделить объекты, требующие особого внимания - школы, дома-интернаты, больницы, роддома.

Использовать СМИ для информирования населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать.

Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре чрезвычайной ситуации

Необходимо отметить, что типичные для острого периода реакции в значительной степени снижают трудоспособность.

Несмотря на физическое благополучие, страдают преходящим снижением интеллектуальных способностей, нарушением памяти и другими расстройствами, что затрудняет их возможность самостоятельно принимать ответственные решения.

Врачи-психиатры (психотерапевты) помимо осуществления амбулаторного приема принимают участие в консилиумах.

Акцентируется внимание на соматические расстройства, которые возникают от стресса.

Во время осмотра пациентов и бесед с лицами, не нуждающимися в оказании помощи, психологи и врачи в том или ином виде пытаются довести до сведения родственников пострадавших следующие слоганы:

1.Меры, принимаемые руководством, адекватны ситуации.

2.Ситуация под контролем.

3.Любые не санкционированные индивидуальные или коллективные дей­ствия могут привести к резкому ухудшению ситуации.

Следует соблюдать два правила:

1.Слоганы должны соответствовать реальной действительности.

2.Ситуацию следует излагать в щадящем режиме.

Оказание психологической и психиатрической помощи по телефону – «горячая линия»

Несмотря на существующую систему мер, за психолого-психиатрической помощью в первые дни развертывания ЧС в ее эпицентре обращается лишь 20-25% пострадавших. В большинстве случаев это обусловлено отсутствием ин­формации о существовании такой службы, опасением, что обращение за пси­холого-психиатрической помощью может привести к нежелательным соци­альным последствиям. Иногда обращению препятствуют преклонный возраст, наличие физического недуга и т.д. Немаловажную роль играет также неспо­собность пострадавших воспользоваться теми медицинскими и иными услуга­ми, которые предлагает им общество.

Как показывает опыт, «горячая линия» в зависимости от этапа развертыва­ния ЧС выполняет различные функции.

На первом этапе (не более 3 суток) в период острой реакции на стресс по «горячей линии» обращаются за получением информации:

– о пострадавших и месте их нахождения;

– об устранении неисправностей в средствах связи или иных системах, кото­рые, по мнению обратившихся, могут привести к усугублению последствий ЧС;

– о работе самой «горячей линии», ее функциях и о том, в каких случаях, куда следует обращаться.

Обращаются с предложениями оказать помощь пострадавшим (сдать кровь, принести одежду, теплое белье и т.д.).

(Нередко на «горячую линию» обращаются с самыми разными проблемами, не имевшими для обратившихся ранее значения, но ставшими особенно важными после известия о ЧС).

Учитывая особую сложность ведения беседы с пациентами, которая требует от врачей-психиатров максимальной концентрации внимания (отсутствие визуального контакта), отделение организуется в специально оборудованном помещении, в отдельных звуконепроницаемых кабинетах, где при необходи­мости предусмотрено несколько телефонных линий.

Помимо оказания психолого-психиатрической помощи служба предоставляет обратившимся по телефону информацию о государственных и негосударственных учреждениях, которые могут оказать психологическую и психиатрическую помощь.

При необходимости врачи службы психолого-психиатрической помощи должны рекомендовать лицу, обратившемуся по телефону, посетить врача-пси­хиатра по месту жительства, врача-психиатра (психотерапевта) кабинета или отделения неотложной психолого-психиатрической помощи в ЧС.

Консультативная врачебная бригада психолого-психиатрической помощи – оказывать помощь потерпевшим.

Консультативная врачебная бригада психолого-психиатрической помощи в ЧС (далее - врачебные бригады психиатрической помощи в ЧС) должны входить в состав психолого-психиатрической службы и подчиняться его руководителю.

Членам бригады необходимо знать, что пострадавшие иногда проявляют агрессию к лицам, стремящимся оказать первую помощь (в том числе и к врачам), идентифицируя их с теми, кто, по их мнению, является виновным в создавшейся ситуации.

Членам бригады следует иметь в виду, что у многих пострадавших в ЧС во время острой реакции на стресс (особенно в период, когда только миновала угроза их жизни) может возникнуть «героическая фаза». Они нередко по собственной инициативе начинают подвергать опасности себя и окружающих.

При острой реакции на стресс (внешнем упорядоченном поведении) имеет место затруднение концентрации внимания, что, в свою очередь, препятству­ет восприятию информации, ее критическому осмыслению, фиксации и вос­произведению. Все вышеперечисленное ставит перед необходимостью врачебные рекомендации фиксировать в листке назначения (препараты, время их приема и дозы), который следует выдавать пострадавшему на руки.

При стрессе происходит также подавление витальных чувств организма - жажды и голода, что ведет к уменьшению объема циркулирующей крови (ОЦК), в первую очередь за счет уменьшения объема циркулирующей плазмы (ОЦП). Поэтому врачам следует обращать внимание на обезвоженность организма.

Особенностью работы врачебной бригады в ЧС является также низкая достоверность объективных сведений, которые сообщают родственники и близкие пострадавшего. Это обусловлено тем, что они сами нередко являются пострадавшими.

Отделение психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях

Цель отделения - оказание оптимальной помощи лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Оно может быть организовано на базе многопрофильных и психиатрических больниц.

В отделение госпитализируются лица с психическими расстройствами, обусловленными чрезвычайными ситуациями, психически больные лица, у которых обострение симптоматики связано с воздействием ЧС. Стационирование в отделение осуществляется добровольно по просьбе пострадавшего или с его согласия. Отделение также проводит дифференциально-диагностические мероприятия в сложных клинических случаях, осуществляет стационарную экспертизу трудоспособности. Отделение работает в тесном контакте с психиатрическими и общесоматическими стационарами, психоневрологическими диспансерами.

Кабинет психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях

Основной целью кабинета психолого-психиатрической помощи в ЧС является оказание оптимальной помощи лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, не нуждающимся в стационарной помощи. В кабинет также могут обращаться лица, страдающие психическими расстройствами, у которых обострение симптоматики обусловлено воздействием ЧС. Кабинет организуется (в зависимости от условий на местах) на базе поликлиники, многопрофильной больницы (психоневрологического диспансера).

«Горячая линия»

При ЧС врачи различного профиля должны работать в тесном контакте, так как изменение частоты дыхания, АД, головной боли, и другие расстройства могут быть как признаками стресса, так и соматическими расстройствами.

«Горячая линия» оказывает помощь, потерпевшим сохраняя анонимность, конфиденциальность и возможность для пациента в любой момент прервать контакт.

На «горячую линию» звонят как женщины, так и мужчины.

Пик обращаемости на телефон доверия мужчин приходится на возраст от 31 до 40 лет - 33,8%, а женщин - 41-50 лет - 34,6%. Более старший возраст женщин можно объяснить тем, что психологическая поддержка по телефону дове­рия для женщин в этом возрасте становится более актуальной, чем для мужчин.

84,7% обратившихся являются городскими жителями.

«Горячая линия» работает круглосуточно.

Информационная обращаемость:

а) обращения об изменении социальной инфраструктуры в зоне ЧС и т.п.;

б) обращения пострадавших с целью получения помощи по телефону или очной (амбулаторной или стационарной). Следует попросить передать трубку родственнику и поговорить с ним, выяснить причины обращения;

в) обращения «вторичных жертв» с целью получения помощи по телефо­ну или очной;

г) обращения лиц с индивидуально значимыми проблемами, которые после актуальной ЧС приобрели чрезвычайное значение. «Горячая линия» – как лакмусовая бумага (от того, как освещают ЧС в СМИ, во многом зависит количество подобных обращений);

д) обращение лиц с установленным диагнозом психического расстройства, в связи с обострением состояния;

е) обращения лиц, предлагающих помощь пострадавшим.

При относительной стабилизации ситуации наиболее часто обращаются на временной интервал от 18 до 24 часов.

**Характер обращений на телефон «горячая линия», не имеющих отношения к ЧС**

На «горячую линию» во время ЧС обращаются с предложениями индивидуально-значимым ситуациям:

- межличностные конфликты, где преобладают женщины – 81%, мужчины – 19%;

- конфликты между родителями и детьми;

- проблемы одиночества;

- обращения, связанные с заболеванием члена семьи.

Обратившиеся в первую очередь интересуются вопросами прогноза этих заболеваний, методами их лечения и возможной профилактики, а также - при наличии изменений в психическом состоянии члена семьи - способами психологической разгрузки.

Обращения лиц с ранее диагностированным психическим расстройством составляют 5%. Из них обращения женщин составляют 68%, обращения мужчин - 32%.

Иногда обращаются лица, находящиеся в алкогольном опьянении, некоторые из них пытаются оскорбить консультанта, а другие ищут помощи.

Помимо вышеперечисленных, на «горячую линию» обращаются лица также с проблемами, не имеющими непосредственного отношения к ЧС:

1. Обращения, связанные с нарушением сексуальных отношений (нарушения половой принадлежности или сексуального предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером).

2. Информационные обращения (адреса медицинских лечебных учреждений, ПНД и др.).

Необходимо отметить, что на «горячую линию» обращаются также так называемые «зависающие» пациенты.

Телефон «горячая линия» является важным составным модулем системы оказа­ния помощи в чрезвычайных ситуациях, способствующим существенному увеличению возможности охвата пострадавшего населения специализированной помощью.